

ANEXO A

Política de asistencia financiera (FAP) y Política de facturación y cobro (BCP) de St. Vincent's Chilton

ST. VINCENT'S CHILTON POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha de entrada en vigencia octubre

1 de 2016

POLÍTICA/PRINCIPIOS

Es política de St. Vincent's Chilton (la "Organización") garantizar una práctica socialmente justa para proporcionar atención de emergencia u otra atención médica necesaria en las instalaciones de la Organización. Esta política está diseñada específicamente para hacer frente a la elegibilidad de asistencia financiera para aquellos pacientes que necesitan recibir asistencia financiera y reciben atención de la Organización.

1. Toda la ayuda financiera reflejará nuestro compromiso y respeto por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra especial preocupación y solidaridad con las personas que viven en la pobreza y otras personas vulnerables, y nuestro compromiso con la justicia distributiva y la gestión.
2. Esta política se aplica a todos los servicios de emergencia y otros servicios médicos necesarios que ofrece la Organización, incluidos los servicios médicos y de salud conductual empleados. Esta política no se aplica a los acuerdos de pago de procedimientos electivos u otra atención que no sea de emergencia o, de otro modo, médicamente necesaria.
3. En la Lista de proveedores cubiertos por la Política de asistencia financiera, que se adjunta, se proporciona una lista de proveedores que prestan servicios de atención dentro de las instalaciones de la Organización en ella se especifica cuáles están cubiertos por la Política de asistencia financiera y cuáles no.

DEFINICIONES

A los efectos de esta Política, se aplican las siguientes definiciones:

- **"501(r)"** se refiere a la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y los reglamentos promulgados en virtud de este.
- **"Cantidad generalmente facturada"** o **"AGB"** se refiere, con respecto a la atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria, a la cantidad facturada por lo general a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.
- **"Comunidad"** significa el área de servicio de ocho condados de St. Vincent's Health System en los condados de Blount, Cullman, Jefferson, Shelby, St. Clair, Talladega, Walker y Chilton.
- **"Atención de emergencia"** significa una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de la gravedad suficiente (incluido dolor intenso) de tal manera que podría esperarse razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata genere cualquiera de las dos consecuencias detalladas a continuación: poner la salud de la persona (o con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del niño por nacer) en serio

peligro, grave deterioro/alteración de las funciones corporales o de los órganos, con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones en cuyo caso no hay tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o que dicho traslado puede representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer embarazada o del niño por nacer.

- “**Atención médicamente necesaria**” se refiere a la atención que se determina como médicamente necesaria luego de la decisión de mérito clínico de un proveedor matriculado. En caso de que un médico revisor determine que la atención solicitada por un Paciente cubierto por esta política no es médicamente necesaria, dicha determinación también debe ser confirmada por el médico que se encargó de la admisión o derivación.
- “**Organización**” significa St. Vincent’s Chilton.
- “**Paciente**” se refiere a aquellas personas que reciben atención de emergencia o médicamente necesaria en la Organización y la persona financieramente responsable por la atención del paciente.

Asistencia financiera provista

La ayuda financiera que se describe en esta sección se limita a los pacientes que viven en la comunidad:

1. Los pacientes con ingresos menores o iguales al 250 % del nivel federal de pobreza (“FPL”, por sus siglas en inglés) serán elegibles para recibir atención de caridad al 100 % deducida en proporción a los cargos por los servicios por los cuales el paciente es responsable luego del pago de una aseguradora, en caso de corresponder.
2. Como mínimo, los pacientes con ingresos por encima del 250 % del FPL pero que no superan el 327 % de ese índice recibirán un descuento de escala móvil en proporción a los cargos de los servicios prestados por los que el paciente es responsable luego del pago de la aseguradora, en caso de corresponder. A un paciente elegible para el descuento de escala móvil no se le cobrará más que los costos calculados de la AGB. El descuento de escala móvil es el siguiente:

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP) ESCALA MÓVIL DE PAUTAS SOBRE ATENCIÓN DE CARIDAD	
Ajuste de los cargos	Escala móvil basada en las pautas de los niveles federales de pobreza (FPL)
100 %	250 % o más del FPL básico
93 %	251 % - 289 % del FPL básico
85 %	290 % - 327 % del FPL básico

3. Los pacientes con necesidades financieras demostradas con ingresos mayores al 327 % del FPL pueden ser elegibles para una “Prueba de medios” y recibir un descuento de los cargos por servicios de la Organización en función de una evaluación sustancial de su capacidad de pago. Un paciente que no es elegible para la FAP bajo elegibilidad presunta podrá completar una solicitud de FAP para la evaluación de su calificación para la atención de caridad de conformidad con la “prueba de medios”. La prueba de

medios se aplicará en casos individuales de dificultades financieras en virtud de las circunstancias particulares de los pacientes con ingresos mayores al FPL básico. A un paciente elegible para el descuento de la “Prueba de medios” no se le cobrará más que los costos calculados de la AGB por la atención provista.

4. Para un paciente que participa en determinados planes de seguro que consideran que la Organización está “fuera de la red”, la Organización puede reducir o denegar la asistencia financiera que, de otro modo, estaría a disposición del paciente según una revisión de la información del seguro del paciente y otros hechos y circunstancias pertinentes.
5. La elegibilidad para asistencia financiera puede determinarse en cualquier punto del ciclo de ingresos y puede incluir el uso de la calificación presunta para determinar la elegibilidad a pesar de que el solicitante no complete una solicitud de asistencia financiera (“Solicitud de FAP”).
6. La elegibilidad para asistencia financiera debe determinarse a partir del saldo por el cual es responsable el paciente con necesidad financiera.
7. El proceso para pacientes y familiares para apelar las decisiones de una Organización con respecto a la elegibilidad para la asistencia financiera es el siguiente:
 - a. Cuando el paciente haya recibido una carta de determinación. Se puede enviar una carta de apelación a:

Senior Manager Patient Access
St Vincent’s Health System
c/o Carol L Jones
810 St Vincent’s Drive
Birmingham, AL 35205

No es necesario completar ningún formulario específico para el envío de la carta de apelación. El paciente puede presentar toda la información adicional o formular los argumentos complementarios que el paciente considere apropiados para su consideración.

- b. El comité de apelaciones para la atención de caridad al 100 % y asistencia financiera de la Organización examinará todas las apelaciones, y las decisiones del Comité se enviarán por escrito al paciente o al familiar que presentó la apelación.

Otra ayuda para los pacientes que no califican para recibir asistencia financiera

Los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera, según se describió anteriormente, aún pueden calificar para recibir otros tipos de asistencia ofrecidos por la Organización. En aras de la integridad, se enumeran estos otros tipos de asistencia aquí, a pesar de no basarse en las necesidades y no estar sujetos al 501(r), pero se incluyen aquí para conveniencia de la comunidad a la que sirve la Organización.

Los pacientes no asegurados que no son elegibles para recibir asistencia financiera recibirán un descuento en función del descuento aplicado a quien más pague por

dicha Organización. El mayor pagador debe ser responsable de al menos el 3 % de la población de la Organización según se mida mediante el volumen o los ingresos brutos de los pacientes. Si un solo pagador no se responsabiliza por este nivel mínimo de volumen, más de un contrato pagador debe promediarse de modo que las condiciones de pago que se utilizan para promediar representen al menos el 3 % del volumen de negocios de la Organización para ese año determinado.

Limitaciones sobre derechos de los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera

A los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera no se les cobrará de manera individual más de la AGB por atención de emergencia y otro tipo de atención médicamente necesaria, y no más que los cargos en bruto por toda su atención médica. La Organización calcula uno o más porcentajes de la AGB por el método “retroactivo” y que incluye el cargo por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privados que pagan las reclamaciones a la Organización, todo ello de acuerdo con el 501(r). Se puede obtener una copia gratuita de la descripción del cálculo de la AGB y de los porcentajes mediante el envío de una carta de solicitud para los cálculos de la AGB a:

Senior Manager Patient Access
St Vincent’s Health System
c/o Carol Jones
810 St Vincent’s Drive
Birmingham, AL 35205.

Solicitud de asistencia financiera y otros tipos de asistencia

Un paciente puede calificar para recibir asistencia financiera por elegibilidad por calificación presunta o por solicitud de asistencia financiera, realizada mediante envío de una Solicitud de FAP completa. Puede denegarse asistencia financiera a un paciente si este proporciona información falsa en una Solicitud de FAP o en relación con el proceso de elegibilidad de puntuación presunta. Puede comunicarse con las siguientes entidades para que le otorguen las Instrucciones para la Presentación de Solicitud de FAP y la Solicitud de FAP:

- La oficina comercial de un centro de St. Vincent’s Health System;
- La oficina de cobranzas de un centro de St. Vincent’s Health System;
- Servicios de Atención al Cliente al 877-202-0356;
- Correo electrónico a ([mailto: stvhfinancialassistance@stvhs.com](mailto:stvhfinancialassistance@stvhs.com)) o
- Puede obtener información en cualquier punto de registro en un centro de St. Vincent’s Health System.

Facturación y cobro

Las medidas que la Organización pueda tomar en caso de falta de pago se describen en una política de facturación y cobro por separado. Se puede obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobro mediante el envío de una carta de solicitud a:

Senior Manager Patient Access,

St Vincent's Health System
c/o Carol Jones
810 St Vincent's Drive
Birmingham, AL 35205.

Interpretación

Esta política está destinada a cumplir con 501(r), salvo que se indique lo contrario de manera específica. Esta política, junto con todos los procedimientos aplicables, deberá interpretarse y aplicarse de conformidad con el 501(r) salvo que se indique específicamente lo contrario.

ST. VINCENT'S CHILTON
LISTA DE PROVEEDORES CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA
FINANCIERA

1.º de octubre de 2016

De acuerdo con la Sec. de Reg. 1.504(r)-4(b)(1)(iii)(F) y el Aviso 2015-46, en esta lista se especifica qué proveedores de emergencia y atención médicamente necesaria brindada en el centro hospitalario están cubiertos por la Política de asistencia financiera (FAP). Los procedimientos electivos y otra atención que no sea atención de emergencia o, de otro modo, médicamente necesaria no están cubiertos por la FAP para algunos proveedores.

A continuación se adjunta la lista de proveedores cubiertos y no cubiertos por la FAP. Las listas completas estarán disponibles en línea y en papel siempre que se soliciten conforme a lo indicado.

<u>Proveedores cubiertos por FAP</u>	<u>Proveedores no cubiertos por FAP</u>
<p>SE PUEDE OBTENER UNA LISTA COMPLETA MEDIANTE EL ENVÍO DE UNA CARTA DE SOLICITUD A:</p> <p>Senior Manager Patient Access, St Vincent's Health System c/o Carol Jones 810 St Vincent's Drive Birmingham, AL 35205.</p> <p>O en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • http://www.stvhs.com/financialpolicy.asp • Correo electrónico a stvhsfinancialassistance@stvhs.com 	<p>St. Vincent's Outpatient Surgery Services, St. Vincent's P.E.T. Center, St. Vincent's Sleep Disorder Center</p> <p><u>Médicos:</u></p> <p><u>Nombre Apellido</u></p> <p>Abraham, Jacob C., M.D. Aldana, Alvaro A., M.D. Allen, Andrew M., M.D. Arjona, Jose L., M.D. Arora, Vikram, M.D. Bailey, Michael S., M.D. Baker, Allyson C., M.D. Baker, Theodore D., M.D. Bansal, Vinod K., M.D. Bennett, Matthew P., M.D. Beretta, James P., D.O. Bernal, Juan M., M.D. Boogaerts, James R., M.D. Bowen, Kathleen P., M.D. Boyken, Scott C., M.D. Branscomb, Elizabeth E., M.D. Brian, Christopher A., M.D. Brown, John O., M.D. Bundy, Lisa M., M.D. Cavender, J. B., M.D. Chaicharncheep, Beatrice, M.D. Chen, Pei Y., M.D. Chitty, Marc J., M.D. Christen, Neil L., M.D. Clement, Kevin B., M.D. Clingan III, Warren J., M.D. Cochran, Joseph L., M.D.</p>

	<p> Cockrell, Joshua N., M.D. Collins, Barry G., M.D. Colon, Percy J., M.D. Crawford, John R., M.D. Crowe, Amanda E., M.D. Curtis, John D., M.D. Davis, Jonathan D., D.O. Devos, William T., M.D. Dier, Gary L., M.D. DiLeo, Steven J., M.D. Doyle, Jennifer L., M.D. Druhan, Julian P., M.D. D'sa, Peter A., M.D. Dupre, Michael D., M.D. Dyer-Smith, Jeffrey W., M.D. Edmond, Davisson J., M.D. Edmunds Jr., Hayward S., M.D. Endfinger, Christopher G., M.D. Ferraro, Francis A., M.D. Firouztale, Pejman A., M.D. Flanagan, Brian D., M.D. Fleisher, Isadore K., M.D. Flowers, Brian A., M.D. Fortson, Stephen B., M.D. Foster, Robert E., M.D. Frey, E. Shields, M.D. Frye, Timothy A., M.D. Fulmer, Benjamin B., M.D. Gerth, Justin B., M.D. Gong, Stephanie H., M.D. Gordon, Donald G., M.D. Gorman, Kimberly C., M.D. Greene, Dale M., M.D. Harris, Adam S., M.D. Harrison, Daniel K., M.D. Harrison, William R., M.D. Heinzman, Stephen E., M.D. Helms Jr., Ronald W., M.D. Hill, Richard S., M.D. Hofammann, Karl E., M.D. Honan, Michael B., M.D. Horne-Ballard, Gaylyn M., M.D. Hunt III, Lewis A., M.D. Jabcuga, Christine E., M.D. Jackson Jr, William H., M.D. Jariwala, Hasmukh N., M.D. Johannson, Joshua B., M.D. Jones, Byron D., M.D. Jotani, Rutwij "Rick" K., M.D. Judge, David A., M.D. </p>
--	--

	<p>Judson III, Paul F., M.D. Kassamali, Rahim, M.D. Kelley, Weddington B., M.D. Kelly, D. Shane, M.D. Kennedy, Kevin M., M.D. King, Christopher A., M.D. Kloss, Kurt K., M.D. Lee, James D., M.D. Lee, Timothy C., M.D. Lindley, Jeremy E., D.O. Long, Jay C., M.D. Lopez, William C., M.D. MacLean, William A., M.D. Malik, Rohit, M.D. Mallah, Radwan, M.D. Mallampati, Gautham K., M.D. Margolies, Scott S., M.D. McAllister, Ashford S., M.D. McClanahan Jr., William H., M.D. McLean, Owen R., M.D. McMullan, Daniel T., M.D. Meadows, Cornelius R., M.D. Mehra, Mohit, M.D. Mehra, Mukul, M.D. Miller, Andrew P., M.D. Milner, Jeffrey D., M.D. Morros, Demetrius K., M.D. Nguyen, Vinh, M.D. Nicholson, Joseph E., M.D., Ph.D O'Loughlin, Terence J., M.D. Peilen, Kathryn C., M.D. Phillips, Elizabeth L., M.D. Phillips, Jonathan G., M.D. Pickett, Michael J., M.D. Pretorius, E. S., M.D. Prisacaru, Ilinca C., M.D. Rahim, Fazal, M.D. Rahim, Irfan U., M.D. Rajendra, Anil B., M.D. Ramsey, Angelyn L., M.D. Rana, Zulfiqar I., M.D. Ray, Clinton M., M.D. Reeder, Van C., M.D. Riddle, Nicole D., M.D. Rivas, Daniel L., D.O. Shah, Dishant G., M.D. Shanker, Pradheep J., M.D. Siddiqui, Rubina, M.D. Simmons, Donald R., M.D.</p>
--	---

Simmons, Paula R., CRNA
Simpson, Michael T., M.D.
Simpson, Nicole S., M.D.
Slappey Jr., Donald H., M.D.
Snoddy, Brian D., M.D.
Sowder, Joseph T., M.D.
Stanford, Michael J., M.D.
Sulzer, Jana L., M.D.
Taggar, Amit K., M.D.
Taylor, Julie T., M.D.
Thompson, Jason B., M.D.
Thompson, Scott B., M.D.
Thomson, Thomas O., M.D.
Townsend, Jacob C., M.D.
Trammell Jr., Dale E., M.D.
Trimm, James R., M.D.
Tuck, James M., M.D.
Turner, Jordan L., D.O.
Turner, Timothy S., M.D.
Umphrey, Gregory W., M.D.
Varnell Jr., William D., M.D.
Vest, Richard N., M.D.
Vrocher III, Diamond, M.D.
Wade, Larry W., M.D.
Walker, Benjamin H., M.D.
Warner, Jeffrey C., M.D.
West, James E., M.D.
White, James T., M.D.
Whitmore, Robert L., M.D.
Williams, Jane N., M.D.
Wood III, William C., M.D.
Worthen, James V., M.D.
Yoe, Robert H., M.D.
Zenooz, Navid A., M.D.

**SE PUEDE OBTENER UNA LISTA
COMPLETA MEDIANTE EL ENVÍO DE UNA
CARTA DE SOLICITUD A:**

Senior Manager Patient Access,
St Vincent's Health System
c/o Carol Jones
810 St Vincent's Drive
Birmingham, AL 35205

O en:

- <http://www.stvhs.com/financialpolicy.asp>
- Correo electrónico a
:stvhsfinancialassistance@stvhs.com

Las listas de proveedores cubiertos se actualizarán al menos trimestralmente para asegurar la identificación precisa de los proveedores de atención cubiertos y no cubiertos por el Programa de Asistencia Financiera.

ST. VINCENT'S CHILTON
CÁLCULO DE LA CANTIDAD GENERALMENTE FACTURADA

1.º de octubre de 2016

La Organización calcula un porcentaje de la AGB por el método “retroactivo” e incluye el cargo por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privados que pagan las reclamaciones a la Organización, todo ello de acuerdo con la Sec. de Reg. del IRS 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) y 1.501(r)-5(b)(3)(iii) del IRS. Los detalles de dicho cálculo y el porcentaje de la AGB se describen a continuación.

El porcentaje de la AGB para St. Vincent's Chilton es el siguiente:

AGB: No se puede calcular

Este porcentaje de la AGB se calcula al dividir la suma de los montos de todos los reclamos de St. Vincent's Chilton para atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que se hayan reconocido para los cargos por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privadas que paguen reclamos al centro hospitalario por la suma de los cargos brutos asociados para dichos reclamos. Los únicos reclamos que se utilizan con el fin de determinar la AGB deben ser aquellos que permitiera un asegurador de salud durante el período de 12 meses anterior al cálculo de la AGB (en lugar de aquellos reclamos que corresponden a la atención brindada durante los 12 meses anteriores).

No obstante el cálculo de la AGB detallado anteriormente, St. Vincent's Chilton ha optado por aplicar un porcentaje menor de la AGB que se estipula a continuación:

AGB: No se puede calcular

Anexo B
ST. VINCENT'S CHILTON
POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO
1.º de octubre de 2016

POLÍTICA/PRINCIPIOS

Es política de St. Vincent's Chilton (la "Organización") garantizar una práctica socialmente justa para proporcionar atención de emergencia o atención médica necesaria en los centros de la Organización conforme a su Política de asistencia financiera (o FAP). Esta Política de facturación y cobro está diseñada específicamente para considerar las prácticas de facturación y cobro para los Pacientes que necesitan recibir asistencia financiera y reciben atención en la Organización.

Todas las prácticas de facturación y cobro reflejarán nuestro compromiso y respeto por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra especial preocupación y solidaridad con las personas que viven en la pobreza y otras personas vulnerables, y nuestro compromiso con la justicia distributiva y la gestión. Los empleados y agentes de la Organización se comportarán de una manera que refleje las políticas y los valores de un centro patrocinado por el catolicismo, incluido el tratamiento de los pacientes y sus familias con dignidad, respeto y compasión.

Esta Política de facturación y cobro se aplica a todos los servicios de emergencia y otros servicios médicos necesarios que ofrece la Organización, incluidos los servicios médicos y de salud conductual empleados. Esta Política de facturación y cobro no se aplica a los acuerdos de pago para procedimientos electivos.

DEFINICIONES

1. "**501(r)**" se refiere a la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y los reglamentos promulgados en virtud de este.

2. "**Período de solicitud**" significa el período durante el cual puede presentarse una Solicitud de FAP a la Organización. El Período de solicitud comienza en la fecha en la que se presenta la Solicitud de FAP o la fecha en la que se proporciona la atención, lo que fuese primero, y finaliza en la fecha especificada en un Aviso de finalización del Período de solicitud.

3. "**Aviso de finalización del Período de solicitud**" significa un aviso escrito en el que se indica la fecha de vencimiento después de la cual la Organización ya no aceptará ni procesará una Solicitud de FAP presentada (o, si corresponde, completada) por el Paciente para la atención en cuestión provista previamente, siempre y cuando la fecha de vencimiento especificada en el aviso escrito no sea anterior a (a) treinta (30) días después de la fecha en la que se proporciona el aviso escrito, (b) 240 días después de la fecha en la que se proporcionó el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta para la atención provista previamente, o (c) en el caso de un Paciente que se ha considerado presuntamente elegible para Asistencia financiera de menos del 100 %, lo que fuese primero, entonces el final de un plazo razonable para solicitar la Asistencia financiera aquí descrita. El Aviso de finalización del Período de solicitud puede ser

un documento escrito separado o puede ser texto incluido en otro aviso escrito enviado al Paciente.

4. “**Acciones de cobro extraordinarias**” o “**ECA**” significa cualquiera de las siguientes actividades de cobro que están sujetas a restricciones conforme a 501(r):

- a. Vender la deuda de un Paciente a otra parte, a menos que el comprador esté sujeto a determinadas restricciones según lo descrito a continuación. (NOTA: la Organización no vende la deuda de un paciente).
- b. Proveer información adversa sobre el Paciente a agencias de información de créditos para el consumidor u oficinas de crédito.
- c. Diferir, denegar o exigir un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de un Paciente de una o más facturas por atención provista previamente cubierta por la FAP.
- d. Acciones que exigen un proceso legal o judicial, excepto los reclamos presentados en un proceso de quiebra o lesiones personales. Estas acciones incluyen, por ejemplo,
 - i. imponer un gravamen sobre la propiedad del Paciente,
 - ii. ejecutar una propiedad del Paciente,
 - iii. imponer un gravamen o, de otro modo, confiscar la cuenta bancaria de un Paciente u otros bienes personales,
 - iv. comenzar una acción civil contra un Paciente, y
 - v. embargar el salario de un Paciente.

Una ECA no incluye nada de lo siguiente (incluso si los criterios para una ECA según lo antes establecido se cumplen en general de otro modo):

- a. La venta de la deuda de un Paciente si, antes de la venta, existe un acuerdo escrito legalmente vinculante con el comprador de la deuda conforme al cual
 - i. Se prohíbe al comprador participar en cualquier ECA para obtener el pago por la atención.
 - ii. Se prohíbe al comprador que cobre intereses sobre la deuda en exceso de la tasa vigente conforme a la sección 6621(a)(2) del Código de Rentas Internas en el momento de la venta de la deuda (u otra tasa de interés establecida mediante un aviso u otra directriz publicada en el Boletín de Rentas Internas).
 - iii. La deuda puede ser devuelta a la Organización o puede ser recuperada por esta cuando la Organización o el comprador determinen que el Paciente es elegible para Asistencia Financiera.
 - iv. El comprador debe observar los procedimientos especificados en el acuerdo que aseguren que el Paciente no paga, y no tiene obligación de pagar, al comprador y a la Organización juntas más de lo que es personalmente responsable de pagar conforme a la FAP si se determina que el Paciente es elegible para Asistencia financiera y la deuda no es devuelta a la Organización ni es recuperada por esta.
- b. Cualquier gravamen que la Organización tiene derecho a afirmar conforme a la ley estatal sobre los fondos de una sentencia, una conciliación o un compromiso adeudados a un Paciente como consecuencia de lesiones personales para las que la Organización proporcionó atención.

c. La presentación de un reclamo en cualquier proceso de quiebra.

5. “**FAP**” significa la Política de asistencia financiera de la Organización, que es una política para brindar Asistencia financiera a Pacientes elegibles para lograr la misión de la Organización y Ascension Health, y en cumplimiento con 501(r).

6. “**Solicitud de FAP**” significa la Solicitud de Asistencia financiera.

7. “**Asistencia financiera**” significa la asistencia que la Organización puede proporcionar a un Paciente conforme a la FAP de la Organización.

8. “**Organización**” significa St. Vincent’s Chilton, que forma parte de Ascension Health. Para solicitar información adicional, enviar preguntas o comentarios o presentar una apelación, puede comunicarse con la oficina indicada a continuación o indicada en cualquier aviso o comunicación aplicable que reciba de la Organización:

Senior Manager Patient Access,
St Vincent’s Health System
c/o Carol Jones
810 St Vincent’s Drive
Birmingham, AL 35205

9. “**Paciente**” significa una persona que recibe atención (o que ha recibido atención) de la Organización y cualquier otra persona responsable financieramente de dicha atención (incluidos miembros de la familia y tutores).

PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y COBRO

La Organización mantiene un proceso ordenado para emitir periódicamente estados de cuenta de facturación a los Pacientes por los servicios prestados y para comunicarse con los Pacientes. En caso de falta de pago de un Paciente por los servicios prestados por la Organización, esta puede tomar medidas para obtener el pago, incluso, por ejemplo, realizar intentos para comunicarse por teléfono, correo electrónico y en persona, y una (1) o más ECA, conforme a las disposiciones y restricciones incluidas en esta Política de facturación y cobro.

De acuerdo con 501(r), esta Política de facturación y cobro identifica los esfuerzos razonables que debe emprender la Organización para determinar si un Paciente es elegible conforme a su FAP para Asistencia financiera antes de participar en una acción de cobro extraordinaria, o ECA. Una vez efectuada una determinación, la Organización puede proceder con una o más ECA, según lo aquí descrito.

1. Procesamiento de la solicitud de FAP. Excepto por lo previsto a continuación, un Paciente puede presentar una Solicitud de FAP en cualquier momento durante el Período de solicitud. La Organización no estará obligada a aceptar una Solicitud de FAP después del Período de solicitud a menos que 501(r) lo exija específicamente de otro modo. Las

determinaciones de elegibilidad para Asistencia financiera se procesarán de acuerdo con las siguientes categorías.

- a. Solicitudes de FAP completas. En caso de que un Paciente presente una Solicitud de FAP completa durante el Periodo de solicitud, la Organización, de manera oportuna, suspenderá cualquier ECA para obtener el pago para la atención, efectuará una determinación de elegibilidad y proporcionará una notificación escrita, según lo previsto a continuación.
- b. Determinaciones de elegibilidad presunta. Si se determina presuntamente que un Paciente es elegible para menos que la asistencia más generosa disponible conforme a la FAP (por ejemplo, la determinación de elegibilidad se basa en una solicitud presentada con respecto a atención previa), la Organización notificará al Paciente los motivos para la determinación y brindará al Paciente un período razonable para solicitar asistencia más generosa antes de iniciar una ECA.
- c. Aviso y proceso cuando no se presenta una solicitud. A menos que se presente una Solicitud de FAP completa o se determine la elegibilidad conforme a los criterios de elegibilidad presunta de la FAP, la Organización se abstendrá de iniciar ECA durante al menos 120 días desde la fecha en la que se envía al Paciente el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta. En el caso de varios episodios de atención, estas disposiciones de notificación pueden acumularse, en cuyo caso los plazos se basarían en el episodio más reciente de atención incluida en la acumulación. Antes de iniciar una (1) o más ECA para obtener el pago por atención de un Paciente que no ha presentado una Solicitud de FAP, la Organización tomará las siguientes medidas:
 - i. Proporcionar al Paciente un aviso escrito en el que se indique la disponibilidad de Asistencia financiera para los Pacientes elegibles, se identifiquen las ECA que se prevé tomar para obtener el pago por la atención y se establezca una fecha de vencimiento después de la cual pueden iniciarse dichas ECA que no sea antes de los 30 días posteriores a la fecha en la que se proporciona el aviso escrito.
 - ii. Proporcionar al Paciente el resumen en lenguaje simple de la FAP.
 - iii. Efectuar un esfuerzo razonable para notificar oralmente al Paciente sobre la FAP y el proceso de Solicitud de FAP.
- d. Solicitudes de FAP incompletas. En el caso de un Paciente que presenta una Solicitud de FAP incompleta durante el Período de solicitud, la Organización notificará al Paciente por escrito sobre cómo completar la Solicitud de FAP y le dará treinta (30) días calendario para hacerlo. Se suspenderá cualquier ECA pendiente durante este tiempo y, en el aviso escrito, (i) se describirá la información y/o la documentación adicional necesaria conforme a la FAP o la Solicitud de FAP que se necesita para completar la solicitud, y (ii) se incluirá la información de contacto correspondiente.

- e. Finalización del Período de solicitud de FAP. La Organización puede poner fin al Período de solicitud mediante la entrega de un Aviso de finalización del Período de solicitud por escrito al Paciente.

2. Restricciones para diferir o denegar la atención. En una situación en la que la Organización tiene la intención de diferir o denegar, o exigir un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria, según lo definido en la FAP, debido a la falta de pago de un Paciente de una o más facturas por atención provista previamente cubierta por la FAP, se proporcionará al Paciente una Solicitud de FAP y un aviso escrito en el que se indique que se dispone de Asistencia financiera para los Pacientes elegibles. El Paciente también puede recibir un Aviso de finalización del periodo de solicitud.

3. Notificación de determinación.

- a. Determinaciones. Una vez que se recibe una Solicitud de FAP en la cuenta de un Paciente, la Organización evaluará la Solicitud de FAP para determinar la elegibilidad y notificar al Paciente por escrito la determinación final en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario. La notificación incluirá una determinación del pago del monto por el cual el Paciente será financieramente responsable. Si se deniega la Solicitud de FAP, se enviará un aviso en el que se explique el motivo de la denegación e instrucciones para la apelación o la reconsideración.
- b. Reembolsos. La Organización proporcionará un reembolso por el monto que haya pagado el Paciente por atención que supere el pago del monto del que este es personalmente responsable conforme a la FAP, a menos que dicho monto en exceso sea menor que USD 5,00.
- c. Reversión de las ECA. En la medida que se determine que un Paciente es elegible para Asistencia financiera conforme a la FAP, la Organización tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA tomada contra el Paciente para obtener el pago por la atención. Dichas medidas razonablemente disponibles incluyen, en general, por ejemplo, medidas para desestimar cualquier sentencia contra el Paciente, levantar cualquier cargo o gravamen sobre los bienes del Paciente y eliminar del informe crediticio del Paciente cualquier información adversa que se informó a una agencia de información al consumidor u oficina de créditos.

4. Apelaciones. El Paciente puede apelar una denegatoria de elegibilidad para Asistencia financiera al proporcionar información adicional a la Organización en un plazo de catorce (14) días calendario a partir de la recepción de la notificación de la denegatoria. Todas las apelaciones serán examinadas por la Organización para una determinación final. Si la determinación final afirma la denegatoria previa de Asistencia financiera, se enviará una notificación escrita al Paciente. Una apelación no extiende ni restablece de otro modo el proceso de solicitud provisto en esta Política de facturación y cobro.

5. Cobros. Una vez concluidos los procedimientos anteriores, la Organización puede proceder con ECA contra los Pacientes no asegurados y con seguro insuficiente con cuentas

morosas, según se determine en los procedimientos de la Organización para establecer, procesar y monitorear las facturas y los planes de pago del Paciente. Sujeta a las restricciones aquí identificadas, la Organización puede utilizar una agencia externa de cobro de deudas incobrables reconocida u otro proveedor de servicios para procesar las deudas incobrables, y dichas agencias o proveedores de servicios cumplirán con las disposiciones de 501(r) aplicables a terceros.